

IDENTIFICACION E INFORMACION DE EMERGENCIA

Esta información se requiere de acuerdo al Código de Salud y Seguridad y a los reglamentos del Departamento para que se mantenga sobre cada una de las personas que se admite a un establecimiento de cuidado en la comunidad. Debe estar a la disposición inmediata de la persona encargada, pero que no deber estar disponible a personas que no estén autorizadas. Toda la información tiene que estar actualizada. Vea el otro lado para información adicional que se requiere de los establecimientos residenciales para niños.

A. TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS [EXCEPTO GUARDERIAS INFANTILES/HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS QUE COMPLETAN EL "LIC 700"]

1. NOMBRE DEL CLIENTE O NIÑO		NUMERO DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL)	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO
2. PERSONA RESPONSABLE U OFICINA/AGENCIA DE COLOCACION		DIRECCION		TELEFONO ()	
3. NOMBRE DEL PARIENTE MAS CERCANO (OPCIONAL)	RELACION/PARENTESCO	DIRECCION		TELEFONO ()	
4. FECHA DE ADMISION AL ESTABLECIMIENTO		DIRECCION ANTES DE SER ADMITIDO(A)			
5. FECHA EN QUE DEJO EL ESTABLECIMIENTO		DIRECCION PARA RECIBIR FUTURA CORRESPONDENCIA			
6. RAZONES POR LAS CUALES DEJA EL ESTABLECIMIENTO					

7. PERSONA(S) RESPONSABLE DE LOS ASUNTOS FINANCIEROS, PAGO DEL CUIDADO, TUTOR LEGAL, SI EXISTE ALGUNA

NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO
		()
		()
		()

8. OTRAS PERSONAS A LAS QUE SE LES DEBE NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO
a. DOCTOR		()
b. PROVEEDOR DE LA SALUD MENTAL, SI HAY UNO		()
c. DENTISTA		()
d. PARIENTES		()
e. AMIGOS		()

9. PLAN DE HOSPITALIZACION EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE DEL HOSPITAL A DONDE SE LE DEBE LLEVAR EN CASO DE EMERGENCIA	DIRECCION DEL HOSPITAL A DONDE SE LE DEBE LLEVAR EN CASO DE EMERGENCIA
PLAN MEDICO	NUMERO DE IDENTIFICACION DEL PLAN MEDICO
NOMBRE DEL PLAN DENTAL (SI HAY UNO)	NUMERO DEL PLAN DENTAL (SI HAY UNO)

10. OTRA INFORMACION QUE SE REQUIERE

a. SITUACION EN RELACION A SI PUEDE CAMINAR O NO		
b. PREFERENCIA RELIGIOSA	NOMBRE Y DIRECCION DEL CLERIGO, PASTOR, O CONSEJERO RELIGIOSO, SI HAY UNO	TELEFONO ()
11. COMENTARIOS		

FIRMA DEL RESIDENTE	FIRMA DE LA PERSONA QUE COMPLETO EL FORMULARIO	TITULO/PUESTO	FECHA
---------------------	--	---------------	-------

B. ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES PARA NIÑOS
(El reglamento requiere información adicional para establecimientos residenciales para niños.)

1. NOMBRE DEL NIÑO

2. NOMBRE Y DIRECCION DE LA PERSONA CON LA QUE SE DEBE COMUNICAR, SI EL REPRESENTANTE AUTORIZADO NO ESTA DISPONIBLE	ESPECIFIQUE LA RELACION/PARENTESCO	NUMERO DE TELEFONO ()
---	------------------------------------	------------------------------

3. NOMBRE Y DIRECCION DE LOS PADRES, SI SE CONOCEN	NUMERO DE TELEFONO ()
--	------------------------------

4. SITUACION DEL NIÑO ANTE LA CORTE (ADJUNTE ORDENES DE CUSTODIA Y ACUERDOS CON LOS PADRES O PERSONAS QUE TIENEN LA CUSTODIA LEGAL. **NOTA:** OPCIONAL PARA HOGARES RESIDENCIALES PEQUEÑOS Y HOGARES DE CRIANZA TEMPORAL)

5. **PERSONAS CON LAS QUE EL NIÑO HA ESTADO VIVIENDO (SI SE CONOCEN)**

NOMBRE Y RELACION/PARENTESCO	DIRECCION	TELEFONO
		()
		()
		()

6. **RESTRICCIONES EN RELACION A LAS VISITAS (POR ORDEN DE LA CORTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO)**

PERSONAS NO AUTORIZADAS PARA VISITAR AL NIÑO		PERSONAS NO AUTORIZADAS PARA VISITAR AL NIÑO	
NOMBRE	RELACION/PARENTESCO	NOMBRE	RELACION/PARENTESCO

7. **RESTRICCIONES EN RELACION A LAS VISITAS DE LOS PARIENTES A LA RESIDENCIA**

ESPECIFIQUE SI HAY ALGUNA

8. **TODAS LAS PERSONAS AUTORIZADAS A LLEVARSE AL NIÑO DEL HOGAR**

NOMBRE	RELACION/PARENTESCO	CONDICIONES ESPECIFICAS

9. **ACCESO POR TELEFONO**

HACER Y RECIBIR LLAMADAS CONFIDENCIALES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (POR ORDEN DE LA CORTE)	SI LA RESPUESTA ES "NO", ESPECIFIQUE LAS RESTRICCIONES

10. COMENTARIOS